

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mars 1898 à 1 heure

Par ANTOINE AUDEBAL

Né à Riom-ès-Montagnes (Cantal), le 15 février 1874.

Externe des Hôpitaux.

DE L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA

Tuberculose testiculaire

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
MARIE et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1898

220

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mars 1898 à 1 heure

Par ANTOINE AUDEBAL

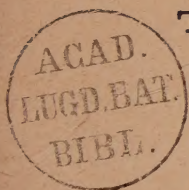
Né à Riom-ès-Montagne (Cantal), le 15 février 1874.

Externe des Hôpitaux.

DE L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA

Tuberculose testiculaire



Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. RAYMOND, professeur.
MARIE et ALBARRAN, agrèges.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUD.
Clinique chirurgicale	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires		PANAS.
Clinique ophthalmologique		N.
Clinique d'accouchements		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien à l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

Arrivé à la fin de nos études, nous nous faisons un devoir de remercier tous nos maîtres des Facultés de Toulouse et de Paris.

Que M. le D^r Legueu, chirurgien des hôpitaux, qui a inspiré notre thèse, veuille bien accepter tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et les bons conseils qu'il nous a donnés.

Nous prions M. le professeur Guyon d'agréer nos humbles remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

PLAN GÉNÉRAL

I

INTRODUCTION.

Délimitation du sujet.

Avant d'entrer dans le corps du sujet nous croyons devoir rappeler en quelques mots l'anatomie pathologique, et surtout la pathogénie de la tuberculose testiculaire.

A. — Anatomie pathologique.

B. — Pathogénie.

II

I. — Traitements locaux autres que l'épididymectomie employés contre la tuberculose testiculaire.

A. — Procédés non sanglants.

B. — Procédés sanglants.

II. — Epididymectomie.

A. — Historique.

B. — Procédés.

C. — Critique des divers traitements et supériorité de l'épididymectomie en particulier sur la castration.

D. — Résultats éloignés de l'épididymectomie.

III

OBSERVATIONS.

IV

CONCLUSIONS.

DE L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

I

INTRODUCTION

Au siècle dernier on ne connaissait pas la tuberculose de l'appareil testiculaire. A cette époque toutes les tumeurs du testicule étaient confondues sous le nom de sarcocèle du testicule. C'est Bayle qui en 1805 (*Journal de Corvisart*) la décrivit pour la première fois, et en fit une entité morbide.

Il fut suivi dans cette voie par Boyer, Louis, A. Cooper, Curling, Ricord, Malgaigne, Velpeau. En 1854, Dufour résuma dans sa thèse les connaissances acquises jusqu'à

lui. Plus tard, Verneuil, Reclus dans sa thèse de 1876, Monod et Terrillon, le professeur Guyon étudièrent cette question. Enfin, tout récemment de nombreuses thèses ont paru sur ce sujet.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que le traitement chirurgical de la tuberculose génitale que l'on observe couramment, et en particulier le traitement applicable aux cas de lésions bilatérales.

Nous laisserons donc de côté les cas de tuberculose miliaire aiguë, de granulie dans lesquels on observe des granulations tuberculeuses au niveau des organes génitaux au même titre que dans les autres viscères.

Nous négligerons également les cas d'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë, qui sont justiciables du même traitement que les orchi-épididymites vulgaires. On ne peut en effet agir chirurgicalement que lorsque les lésions se sont localisées.

Nous ne nous occuperons pas non plus des cas de tuberculose chronique des organes génitaux survenant chez un phtisique, ou chez un individu présentant d'autres lésions tuberculeuses qui mettent sa vie en danger. Dans ces cas la tuberculose des organes génitaux est nécessairement reléguée au second plan. Ce n'est plus qu'un épiphénomène dans l'évolution de la maladie. Toute opération dans ces conditions-là n'aurait guère sa raison d'être.

Nous ne nous occuperons que des tuberculoses opérables : que cette tuberculose soit primitive, c'est-à-dire existe comme manifestation unique de l'infection tuberculeuse ; ou bien qu'elle soit secondaire, c'est-à-dire sur-

vienne chez un sujet présentant d'autres lésions tuberculeuses.

Il faut toutefois, comme nous l'avons déjà dit, que ces lésions soient assez limitées pour ne pas constituer une contre-indication à toute intervention.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet nous croyons devoir rappeler en quelques mots l'anatomie pathologique, et surtout la pathogénie de la tuberculose testiculaire.

A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On peut diviser schématiquement en deux classes les malades qui présentent cette affection, suivant que les lésions sont plus ou moins avancées.

Dans la première classe nous rangeons les malades qui sont porteurs de noyaux isolés ou réunis en petit nombre, durs, formant des bosselures qui siègent en général à la tête ou à la queue de l'épididyme. La lésion est encore bien limitée à ce niveau. Il n'y a pas d'adhérences avec la peau du scrotum. Le malade a des tubercules crûs.

Dans la deuxième classe les malades présentent des fistules siégeant ordinairement à la partie postéro-inférieure des bourses, fistules par lesquelles s'écoule un pus mal lié, grumeleux, présentant tous les caractères du pus tuberculeux. Ou bien s'ils ne sont pas encore arrivés à la période des fistules, ils présentent des bosselures fluctuantes, mal limitées, contenant de la matière caséifiée, adhérent à la peau scrotale et ne demandant qu'à s'ou-

vrir à l'extérieur. Il en résultera une fistule le plus souvent intarissable.

L'épididyme est volumineux, en forme de croissant, et recouvre le testicule presque en totalité. Souvent il est difficile de sentir la ligne de démarcation entre le testicule et l'épididyme.

La tunique vaginale est souvent épaissie, sillonnée de nombreux vaisseaux. Elle est cloisonnée, et les alvéoles contiennent un épanchement parfois très abondant. (Hydrocèle symptomatique). Cet épanchement est virulent, ainsi que l'a montré Tuffier en l'inoculant à des animaux. Cependant, d'après le professeur Guyon et Klebs, la vaginale présenterait rarement des lésions tuberculeuses.

Le testicule est atteint dans la majorité des cas. (27 fois sur 34 cas). Reclus. Mais il n'est jamais malade sans qu'il y ait des lésions accentuées de l'épididyme, et celui-ci peut être envahi sans que le testicule soit atteint.

Le canal déférent présente souvent des lésions tuberculeuses surtout au niveau de ses deux extrémités. Il est induré, énorme; il prend parfois un aspect moniliforme.

Les deux vésicules séminales sont généralement altérées. Elles sont augmentées de volume, beaucoup plus bosselées qu'à l'état normal, elles semblent, suivant la comparaison de quelques auteurs, avoir été injectées avec une matière solidifiable telle que du suif. Sur une coupe on trouve des parties caséeuses, fibreuses ou crétacées, mais il est rare de constater des abcès véritables s'accompagnant de fistules.

La prostate est très souvent atteinte. Elle présente en

général des noyaux indurés, parfois douloureux à la pression.

Telles sont les lésions que l'on observe le plus souvent au niveau des organes génitaux, mais la tuberculose peut se généraliser à d'autres organes. Elle peut envahir le poumon, l'appareil urinaire, le péritoine et les méninges.

Villard, dans sa thèse de Lyon, 1893, a fait une très bonne étude des rapports de la tuberculose des organes génitaux avec la tuberculose des autres viscères.

B. — PATHOGÉNIE.

Pour envahir les organes génitaux, la tuberculose peut suivre plusieurs voies.

Verneuil et M. Fernet admettent une voie uréthrale, mais cette voie est très rare, si tant est qu'elle existe, et elle est niée par la plupart des auteurs.

Il reste :

La voie sanguine.

La voie lymphatique.

La voie urinaire (descendante).

La voie péritonéale.

De toutes ces voies, c'est la voie sanguine qui est suivie le plus fréquemment, que l'on ait affaire à une tuberculose génitale primitive, ou à une tuberculose génitale secondaire. Dans les deux cas, en effet, le bacille existe dans le courant sanguin, mais dans la tuberculose génitale primitive il n'a pas encore colonisé.

Le bacille peut suivre également la voie lymphatique.

La voie urinaire descendante est connue depuis les travaux du professeur Bouchard. Dans un article publié dans la *Revue de Médecine* (1881), il a nettement indiqué l'existence d'une néphrite tuberculeuse. Le bacille éliminé au niveau du rein peut s'y greffer, s'y développer et donner naissance à une tuberculose rénale. Cette tuberculose urinaire pourra ultérieurement envahir les organes génitaux par voie descendante.

Cette idée a été reprise plus tard par Lécorché, Barette, Boursier, Brissaud, Steinthal, et défendue surtout par Cayla dans sa thèse. (Paris 1887).

« La tuberculose descend le cours de l'urine et remonte le cours du sperme. » Cayla.

Cette voie est quelquefois suivie par le bacille de Koch. Cependant, depuis les travaux de Reclus, de Monod et Terrillon, du professeur Guyon, on admet généralement que la tuberculose suit la voie inverse, c'est-à-dire la voie ascendante, envahissant d'abord les organes génitaux pour se transmettre ensuite aux organes urinaires.

Villard dans sa thèse (Lyon 1893) partage cette opinion, et admet « que les lésions tuberculeuses des voies génitales envahissent le système urinaire dans 56,6 p. 0/0 des cas. »

La voie péritonéale s'observe surtout chez les enfants, et elle n'est pas rare, comme me l'ont démontré les observations de Jullien, de Hutinel et Deschamps. Chez les enfants on observe fréquemment la tuberculose des ganglions mésentériques vulgairement appelée carreau. L'infection se propage au péritoine, suit le canal vagino-péritonéal et va infecter le testicule et l'épididyme.

Telles sont les diverses voies que suit le bacille de Koch pour atteindre l'appareil génital.

Mais cet appareil génital comprend plusieurs parties :

Il comprend des organes externes : testicule, épидидyme, canal déférent avec des parties accessoires telles que la vaginale.

Il comprend des organes internes : prostate, canaux éjaculateurs, vésicules séminales.

Par où débutent les lésions tuberculeuses ?

Éliminons d'abord les cas dans lesquels l'agent infectieux a suivi le canal vagino-péritonéal. La vaginale est alors atteinte la première ; le testicule est pris plus souvent que l'épididyme, ainsi que l'ont observé MM. Hutinel et Deschamps. Mais ces cas n'intéressent guère que les enfants.

Quand il s'agit de l'adulte, M. Reclus admet que les lésions débutent le plus souvent par l'épididyme.

Au contraire, pour le professeur Guyon, pour Lancereaux, la tuberculose ne débute jamais ou presque jamais par l'épididyme et le testicule.

Les autopsies du professeur Guyon et ses observations cliniques lui ont permis de conclure que la tuberculose débute le plus souvent par les vésicules séminales et la prostate pour envahir secondairement l'épididyme.

Il cite 127 cas dans lesquels il a observé :

Prostate seule malade	56 fois.
Prostate et vésicules malades	11 —
Epididyme seul malade.	2 —
Tout (vésic. prost. épididy.).	50 —
Tout (avec doute pour la prostate) . .	2 —
Tout (avec doute pour les vésicules) .	6 —

Audebal

Il rapporte aussi une série de 26 autopsies qui ont donné les résultats suivants :

Vésicules seules malades.	2 fois.
Prostate seule malade	1 —
Prostate et vésicules malades	10 —
Tout (prost. vésicul. épidid.).	13 —

Jamais il n'a été trouvé de noyaux dans l'épididyme seul.

Lancereaux s'appuyant sur l'anatomie pathologique arrive aux mêmes conclusions.

Monod et Terrillon dans leur *Traité des maladies du testicule* 1889 s'expriment ainsi : « Nous admettons dans la plupart des cas que le développement primitif de la tuberculose peut débiter dans les vésicules et la prostate. »

Ce n'est donc qu'exceptionnellement que la tuberculose débute au niveau de l'épididyme, et y reste localisée un certain temps, avant d'envahir le reste de l'appareil génital.

Qu'une fois arrivé au niveau de l'épididyme le bacille de Koch s'y développe mieux qu'au niveau de la prostate, que les lésions y évoluent plus rapidement que dans les autres parties de l'appareil génital, cela est possible.

Les organes externes sont exposés à des traumatismes répétés, incessants, pouvant passer inaperçus ; souvent ils sont le siège d'orché-épididymites blennorrhagiques ; ils peuvent devenir aussi un lieu de moindre résistance. Et de fait, les vésicules et la prostate présentent rarement des

tubercules ulcérés, tandis que les ulcérations et les fistules s'observent fréquemment au niveau de l'épididyme.

Mais il n'en est pas moins vrai que le premier foyer tuberculeux existe au niveau des vésicules et de la prostate. Ordinairement, les deux vésicules sont altérées simultanément, et l'infection atteint souvent le second testicule.

Sur 79 cas de tuberculose génitale rapportés par Reclus, 21 fois les lésions étaient bilatérales.

Wiessler dans sa thèse (Munich, 1889) cite 7 cas sur 27 où le deuxième testicule fut pris dans un intervalle de six semaines à un an et demi après le premier. Monod et Terrillon rapportent des cas où le second testicule fut pris de nombreuses années après le premier.

Jullien a rencontré cinq fois des lésions bilatérales sur 17 cas.

Bardenheuer a trouvé dans la presque totalité des cas des lésions bilatérales.

II

I. — Traitements autres que l'épididymectomie.

Nous allons tout d'abord parler des traitements locaux autres que l'épididymectomie, qui ont été employés contre la tuberculose testiculaire.

On peut les diviser, en :

A. Procédés non sanglants.

B. Procédés sanglants.

A. — PROCÉDÉS NON SANGLANTS.

Les procédés non sanglants comprennent :

1° Les révulsifs et les résolutifs.

2° Les caustiques.

3° La cautérisation ignée.

4° Les injections intra-nodulaires.

5° Les injections péri-nodulaires.

Les révulsifs et les résolutifs aujourd'hui abandonnés, ont eu une grande vogue avant 1870. Ils étaient surtout destinés à la première période de l'évolution de la tuberculose génitale, à la période des tubercules crûs. On employait, soit la teinture d'iode, soit l'onguent mercuriel, soit l'emplâtre de Vigo.

A la période de ramollissement et de caséification on remplaçait les révulsifs et les résolutifs par des cataplasmes, et on attendait la suppuration.

Le traitement par les caustiques eut aussi ses partisans.

En 1843, Thierry préconise la potasse caustique. Bouisson y a également recours.

Bonnet préfère la pâte de Canquoin. Philippeaux, Delpech, Boyer, Velpeau emploient des caustiques.

La cautérisation ignée détrôna vite les caustiques. Ses effets étaient mieux limités. Proposée en 1851 par Velpeau, elle devint le traitement préféré de Verneuil qui fit à son sujet de nombreuses communications. Verneuil évacuait les foyers et les cautérisait. Larrey l'employa ; et Auboin (thèse Paris, 1873) exposa la technique et les résultats de ce traitement.

Dans ces dernières années Reynier et Isch-Wall ont modifié ce procédé. Ils en ont fait l'igni-puncture profonde qui a pour but de détruire les tissus tuberculeux, jusque dans l'intérieur de l'épididyme et du testicule. Cette méthode a été décrite sous le nom de « Destruction ignée du testicule », dans la thèse d'Euvrard, élève de M. Reynier (thèse Paris, 1893).

Avec la méthode antiseptique naquit le traitement par les injections intra-nodulaires de liquides antiseptiques. Ceux qui employaient cette méthode, se proposaient de détruire sur place les agents infectieux. Diverses substances furent employées à cet effet.

Verneuil et Verchère préconisaient les injections intra-

esticulaires d'éther iodoformé à 10 o/o. C'était la méthode employée à Vienne par Mosetig-Moorhof.

Reboul, au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences (Marseille, 1891), a vanté le naphthol camphré.

Kœnig a proposé la glycérine iodoformée. On a fait également des injections de lymphé de Koch.

Enfin le professeur Lannelongue a appliqué à la tuberculose testiculaire la méthode sclérogène qui lui donnait de beaux résultats dans les tuberculoses localisées. Le but de cette méthode est « d'immobiliser les bacilles dans du tissu fibreux, et de les rendre inertes. »

MM. Coudray, Ozenne, Desnos et Bourlier ont employé ce traitement. Sa technique et ses résultats ont été exposés dans la thèse de Degrenne (Paris, 1896-97).

B. — PROCÉDÉS SANGLANTS.

Ces procédés peuvent se grouper sous trois chefs :

- 1° L'ouverture au bistouri des collections ;
- 2° Le curettage des foyers suppurés et des fongosités ;
- 3° La castration.

L'ouverture au bistouri des collections est un traitement tout-à-fait palliatif. Si les douleurs ressenties par le malade diminuent, le bacille n'est pas atteint, il persiste une fistule, et les cas de guérison, bien rares, ne s'observent qu'au bout d'un temps fort long, après l'élimination par cette fistule de tout le foyer tuberculeux.

Proposé par Bérard en 1843, ce procédé fut employé

par presque tous les chirurgiens de la période pré-antiseptique. En lisant les nombreuses observations publiées dans la thèse de Dufour, 1854, on voit que ce procédé est à peu près le seul employé quand il y a des collections purulentes.

Chassaignac ajouta à l'incision le drainage consécutif.

Cette idée a été reprise plus tard dans la thèse d'Hugonnet en 1877.

Curettage des collections et des fongosités.

Ce procédé qui avait un but plus curatif que l'incision simple fut préconisé dès 1830 par A. Cooper, dans son *Traité des maladies du testicule*. Il enlevait au bistouri les fongosités saillantes du testicule.

Ce procédé employé encore par nombre de chirurgiens, consiste à ouvrir les abcès, à enlever les fongosités avec la curette, et à modifier les tissus des parois, par l'application de liquides irritants comme le chlorure de zinc, ou bien encore par le thermo-cautère.

On fait ensuite un pansement. Les tissus bourgeonnent et ordinairement la plaie se ferme au bout de 4 à 5 semaines.

Dans ces dernières années, M. Quénu a repris ce traitement, et il l'a perfectionné. Il en a fait une opération bien réglée, et dont le but bien déterminé est de préserver les tissus sains, tout en enlevant les tissus dégénérés. Son opération est une opération de transition entre la simple ouverture suivie de curettage et l'épididymectomie. L'auteur a appliqué ce procédé aux diverses périodes de l'évolution de la tuberculose testiculaire. Il a été décrit sous le nom de « curettage réglé » dans la thèse de Che-

vrolle (Paris 1896). Nous lui empruntons la description suivante :

Ce procédé comprend trois temps opératoires :

1^{er} temps. — Exploration et découverte des foyers.

Incision des noyaux tuberculeux.

2^e temps. — Suppression de ces foyers par le curetage.

Evacuation de ces noyaux et de leur capsule aux ciseaux, à la curette, ou par l'énucléation, selon qu'ils sont à l'état de noyaux crûs, à l'état de noyaux caséeux, ou à l'état de caverne.

C'est là le temps principal. Il consiste en un véritable évidemment intra-épididymaire.

3^e temps. — Il diffère selon les cas.

Réunion par première intention, quand les lésions sont minimales ;

Réunion secondaire et drainage à la gaze iodoformée quand les lésions sont plus importantes.

Suivant Chevrolle, ce procédé réaliserait trois grandes améliorations sur l'épididymectomie.

« Il est exactement proportionné avec le mal, et ne produit aucun délabrement inutile.

Il n'ouvre pas comme l'épididymectomie de nombreuses voies sanguines à l'infection.

Enfin il tient compte du travail d'enkystement qui a commencé à se produire. »

Tous ces procédés sont conservateurs. Ils ont pour but d'épargner le testicule du malade.

La castration, au contraire, enlève le testicule. Les raisons sur lesquelles se basent ceux qui préconisent cette opération sont les suivantes : Cet organe est le plus souvent atteint. Il constitue donc un foyer infectieux d'où les bacilles peuvent se généraliser à l'organisme. De plus c'est un organe inutile, puisque sa fonction spermatique est définitivement perdue. Il ne peut être que préjudiciable à celui qui en est porteur, et il est rationnel de l'enlever.

Les anciens chirurgiens faisaient fréquemment la castration quand les lésions étaient avancées, lorsqu'il y avait des fistules.

Certains même la faisaient, alors qu'il n'y avait ni abcès, ni fistules. On trouve consignées dans la thèse de Dufour un nombre assez considérable d'observations de ce genre.

Cependant cette opération était loin d'être aussi bénigne que depuis l'application des méthodes antiseptiques. Les résultats éloignés n'étaient guère favorables, et déjà à cette époque, plusieurs chirurgiens réagissaient.

Cruveilhier réservait la castration aux cas où le testicule était envahi par la tuberculose.

Dupuytren, dans ses cliniques, s'élevait contre cette opération ; Boyer lui était également hostile.

A partir de 1870, avec les méthodes antiseptiques, la castration est remise en honneur.

Nombre de chirurgiens font la castration hâtive, pensant agir ainsi d'une façon radicale et débarrasser l'organisme de tout foyer tuberculeux.

En Allemagne ses partisans les plus autorisés sont Simmonds, Hueter, Bunge, Durr, Wiessler, Hopmohl.

En Angleterre on peut citer Walton Smith, Puzey, Bloomam.

En France Terrillon et Péan la préconisent.

Le professeur Le Dentu et Schwartz y ont recours, et au Congrès de chirurgie, 1889, Schwartz rapporte 4 succès sur 6 castrations, et Routier 5 succès sur 5 castrations.

Cependant Verneuil ne croyait guère à l'excellence de ses résultats éloignés.

Bardenheuer rapporte 38 cas de castration à la suite desquels on a observé 28 fois la récurrence dans l'autre testicule.

En 1891 le professeur Guyon dans une clinique publiée dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* « repousse la castration primitive ou préventive, et n'accepte que la castration de nécessité ou secondaire ».

II. — Epididymectomie.

Abordons maintenant l'étude de l'épididymectomie qui constitue le fond de ce travail.

C'est la résection soit partielle, soit totale de l'épididyme, tout en respectant le testicule.

A. — HISTORIQUE.

Les anciens chirurgiens avaient bien eu recours à des procédés qui se rapprochent de l'épididymectomie, mais

comme les résultats obtenus alors étaient souvent déplorables, ces procédés ne s'étaient pas généralisés.

Ainsi, en 1851, Malgaigne dans un mémoire sur les ulcères tuberculeux présenté à l'Académie de médecine, propose le procédé suivant, qui était également celui de Jobert de Lamballe. Il enlève les parties malades, en coupant tout autour dans les tissus sains.

Mais il faut arriver à Bardenheuer, pour trouver la première véritable épидидymectomie en 1880.

Il semble que le premier qui ait pratiqué cette opération en France soit Villeneuve, en 1889. (Clinique de l'Hôtel-Dieu de Marseille).

Il fut bientôt suivi dans cette voie, par le professeur Duplay en 1890, par MM. Humbert en 1891 et Lejars en 1893.

Le professeur Tillaux fit cette opération en 1896.

Pujol a publié des observations d'épididymectomie en 1896 (*Marseille médical*).

Myuten avait également publié des observations de ce genre, en 1894 dans la *Revista clinicæ therapeutica*.

Enfin tout récemment, de nombreuses observations dues à MM. Bardenheuer, Duplay, Lejars, Humbert, Demoulin, Angelesco, Pasteau ont paru dans les thèses de Fays, Dimitresco, Mac-Guffie.

B. — PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Les procédés opératoires employés par ces divers auteurs diffèrent un peu.

Au congrès de Moscou 1897, le professeur Duplay a décrit son procédé en ces termes.

« Le procédé que j'emploie, ne mérite pas, à proprement parler, le nom d'épididymectomie, car il ne s'applique pas à l'épididyme exclusivement, et a pour but d'enlever au bistouri, les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire, qu'ils siègent dans le testicule ou dans l'épididyme.

« On fait une incision de dimensions suffisantes pour aborder les foyers tuberculeux, on dissèque alors ceux-ci, comme on le ferait pour un néoplasme.

« Si la tuberculose siège dans l'épididyme ou sépare cet organe du canal déférent, si les lésions ont envahi le testicule, je n'hésite pas à sectionner l'albuginée et le tissu sain de la glande pour l'enlever complètement ». Réunion par première intention.

Nous empruntons à la thèse de Dimitresco la description du procédé de MM. Lejars, Humbert et Bardenheuer.

b. — Procédé de M. Lejars.

« S'il existe un seul noyau au niveau de l'épididyme, il pratique l'épididymectomie partielle ; si l'épididyme est envahi en entier, il a recours à l'épididymectomie totale, avec ou sans résection du canal déférent.

Epididymectomie partielle, avec ou sans résection du canal déférent.

Est faite pour un noyau tuberculeux de volume variable, siégeant le plus souvent à la queue de l'épididyme.

Précautions antiseptiques ordinaires. Chloroforme ou anesthésie locale à la cocaïne, selon l'étendue des lésions et le désir des malades.

Incision à la partie postérieure et supérieure du scrotum, au niveau du noyau épидидymaire si le canal déférent a été trouvé sain. Dans le cas contraire, l'incision est dirigée à la partie antérieure et supérieure du scrotum, et légèrement en dehors.

La vaginale est ouverte, et ses deux lèvres écartées par des pinces.

Le testicule étant mis à nu, on isole le noyau épидидymaire avec le bistouri, en le désinsérant avec soin des parties voisines. Si l'induration tuberculeuse se prolonge sur le canal déférent, on commence par séparer et réséquer le bout supérieur du canal déférent, qu'on isole de haut en bas, et l'on termine par la résection partielle de l'épididyme. La portion de l'épididyme malade est séparée simplement par une sonde cannelée de l'albuginée si elle n'y adhère pas : dans le cas contraire, ce qui peut arriver pour des gros comme pour des petits noyaux, on les sépare en taillant tout autour dans la substance testiculaire saine. On porte une grande attention au cours de l'opération à ne pas lésar les artères.

L'hémorrhagie est généralement insignifiante. Suture de l'albuginée au catgut si elle a été incisée pendant l'opération. Le testicule est remis en place, et on ferme la cavité vaginale par un surjet de catgut. Suture des par-

ties molles du scrotum au crin de Florence. Pansement aseptique.

Epididymectomie totale. Avec ou sans résection du canal déférent.

Chloroforme, antisepsie rigoureuse de la région opératoire. Incision commençant à la partie antérieure du cordon spermatique, descendant sur la face antérieure et supérieure du scrotum sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Mise à découvert des éléments du cordon et du testicule. Le canal déférent est isolé avec grand soin des vaisseaux qui l'entourent jusqu'au niveau de la queue de l'épididyme; s'il est malade, gros, induré, moniliforme, on le résèque au-delà de sa partie malade, au besoin même très haut, au niveau de l'orifice de l'anneau inguinal interne, en refoulant le péritoine.

Si le canal déférent est sain, on n'y touche pas.

Mais étant ainsi dégagé, il est rabattu en bas jusqu'à la queue de l'épididyme, qu'on décolle soigneusement du corps du testicule, en observant surtout de ne pas atteindre les vaisseaux artériels. Presque toujours pendant ce temps opératoire, l'hémorrhagie est presque nulle.

Si l'on conserve quelques doutes sur l'intégrité du testicule, on pratique une incision exploratrice sur l'albuginée, pour se rendre un compte exact de l'état de la substance séminifère. Suture de l'albuginée au catgut. Si la tunique vaginale paraît en certains endroits suspecte on résèque les parties atteintes, et on procède ensuite à la suture en surjet de la portion restante. Suture de la gaine du cordon et des parties superficielles du scro-

tum. Pansement aseptique que le malade garde 10 jours environ.

c. — Procédé de M. Humbert.

Dans une note qu'il a adressée à Dimitresco, l'auteur s'exprime ainsi :

« Je ne me sers jamais du bistouri, si ce n'est pour l'incision des bourses. La tunique vaginale ouverte, je prends un instrument mousse, tout simplement une paire de ciseaux courbes.

Je commence par décoller les adhérences sur le côté externe, puis sous le corps de l'épididyme, je fais sortir la pointe des ciseaux sur le bord interne. J'écarte peu à peu les branches isolant l'épididyme du faisceau vasculo-nerveux.

J'établis ainsi une véritable anse épидидymaire, l'épididyme ne tenant plus au testicule que par sa tête, et par sa queue ; le faisceau vasculo-nerveux restant intact.

Cela fait, je désinsère au thermo-cautère la tête et la queue de l'épididyme. Si la tunique albuginée paraît atteinte en un point comme au niveau de certains abcès, râclage à la curette et thermo-cautérisation. Au besoin résection de la partie malade de l'albuginée et suture au catgut.

Après ligature des petits vaisseaux qui peuvent donner un peu de sang, il ne reste qu'à réintégrer le testicule dans la tunique vaginale, qu'on suture avec quelques points au catgut, puis suture du scrotum. Si limitées que

paraissent les lésions de l'épididyme, il faut l'enlever (et je l'enlève toujours) tout entier, c'est indispensable ; l'examen qu'on fait de la pièce prouve qu'une résection partielle, aurait presque toujours laissé de petits foyers insensibles au toucher, et même à peine visibles, et qui auraient produit infailliblement des récidives.

J'ai fait bien souvent cette opération (14 fois) sans insuccès, si ce n'est une fois, ou pour avoir voulu enlever un épидидyme trop adhérent et après avoir lésé trop de vaisseaux, il y a eu consécutivement nécrose du testicule. »

D. — Procédé de Bardenheuer.

« Tout d'abord, dit Bardenheuer, il faut déterminer par une palpation soigneuse la limite exacte entre le testicule et l'épididyme. Ceci est important pour ne pas léser le testicule. Ensuite l'opérateur placé du même côté que l'épididyme à enlever saisit le testicule et le retourne de façon à ce que l'épididyme regarde en haut et en avant.

On fait alors une incision sur le côté externe du scrotum, à la limite du testicule et de l'épididyme, d'une longueur de un à deux pouces, parallèle au sillon sus-indiqué. On divise ainsi la peau, le dartos jusqu'au niveau de l'épididyme.

A l'extrémité supérieure de la tumeur qui se trouve dans la position où la maintient l'opérateur, sur son bord antérieur, et dans la région de la queue où les vaisseaux ne sont pas en rapport avec le testicule, on péné-

tre jusqu'à la tunique albuginée de l'épididyme. On procède ensuite à l'ablation sous-séreuse de l'épididyme dans toute sa longueur, à l'aide de deux incisions parallèles. Par la première, à la queue de l'épididyme, dissection sous-séreuse de celui-ci ; mais au niveau de la tête, la vaginale est ouverte pour ne pas léser les vaisseaux.

L'ablation de l'épididyme en entier se fait dans la majorité des cas avec facilité même si la tête est infiltrée.

Après sa séparation du corps du testicule, je saisis le canal déférent et je le libère minutieusement avec le doigt du tissu vasculaire voisin. Je tire sur lui fortement, et je le résèque ainsi le plus haut possible.

Dans les premières interventions je réséquais seulement la portion du canal déférent qui était en contact avec la queue de l'épididyme, mais étant donné qu'on a trouvé des bacilles tuberculeux même dans les canaux déférents sains, je me borne actuellement à le réséquer toujours et le plus haut possible. Si la tunique vaginale, ainsi que la tunique albuginée du testicule ont été ouvertes au cours de l'opération, elles sont suturées au catgut.

Petit drain dans la cavité vaginale, suture de la capsule de l'épididyme et drainage de sa cavité. Suture au fil d'argent des parties molles du scrotum laissant seulement un petit orifice pour le passage du drain.

Dans les derniers temps j'ai eu des suites opératoires meilleures avec une simple mèche de gaze iodoformée à la place du drain. »

Bardenheuer a essayé dernièrement de laisser le canal déférent en place dans les cas où il paraissait sain et de le suturer à la capsule de l'épididyme transformée en canal

fermé, de manière à ménager un conduit par où pourrait s'écouler librement le sperme au moment du coït.

Il aurait ainsi observé en expérimentant chez les chiens que ceux-ci continuaient après l'opération à éjaculer un liquide contenant des spermatozoïdes, mais qui y semblaient peu développés.

e. — Procédé de M. Legueu.

Le procédé que M. Legueu a employé chez le malade porteur d'une épидидymite tuberculeuse double dont nous rapportons l'observation est le suivant :

Le scrotum étant relevé sur l'abdomen, il fait sur le raphé postérieur une incision médiane et verticale qui conduit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Par cette plaie il aborde un testicule, en coupant toutes les enveloppes, qui séparent le testicule de l'incision cutanée. Le testicule est énucléé à l'extérieur.

L'épididyme reconnu est enlevé au bistouri de la tête vers la queue par section simple de ses connexions vasculaires et testiculaires. Le canal déférent est isolé dans toute la longueur de la portion indurée, et enlevé.

Au cours de cette opération, la vaginale est ouverte, et le feuillet pariétal est enlevé complètement aux ciseaux.

Le testicule ainsi isolé, et ne tenant plus que par les vaisseaux du cordon, est réintégré dans sa loge.

On agit de même pour le testicule de l'autre côté.

Suture de la plaie du scrotum. Les trois points principaux de ce procédé sont :

Incision unique, médiane, postérieure.

Ablation de l'épididyme tout entier.

Ablation systématique du feuillet pariétal de la vaginale.

C. — CRITIQUE DES DIVERS TRAITEMENTS ET SUPÉRIORITÉ DE
L'ÉPIDYMECTOMIE, EN PARTICULIER SUR LA CASTRATION.

Tous les traitements que nous avons énumérés ont donné des succès, mais tous aussi ont donné des insuccès, que la maladie ait récidivé ou se soit généralisée à d'autres viscères (reins, poumons, etc.).

Les succès sont faciles à comprendre, car nous voyons tous les chirurgiens préconiser en même temps le traitement général de la tuberculose : repos, suralimentation, poudre de viande, séjour au bord de la mer, eaux de Salies-de-Béarn (Reclus). Nous savons aussi que la guérison spontanée de la tuberculose est commune. Tous les jours, aux autopsies de gens ne présentant pendant leur vie aucun symptôme de tuberculose, on trouve des noyaux tuberculeux, fibreux ou crétacés, quelques-uns aseptiques, d'autres contenant encore de rares microbes qui ont été immobilisés en un point dont ils ne peuvent franchir les barrières. Les sanatoria donnent de très beaux résultats, des cas de guérison de tuberculose pulmonaire, et de nombreux cas où les lésions se sont arrêtées dans leur évolution pour un temps parfois indéfini.

C'est qu'il faut compter avec l'organisme qui lutte contre le bacille et qui, par divers processus, peut remporter

la victoire. Que le tubercule évolue dans le poumon, dans une articulation, ou dans l'appareil génital, il a toujours les mêmes propriétés. Sa tendance fibro-caséuse, bien démontrée par Grancher, se retrouve dans l'appareil testiculaire comme ailleurs. Que les bacilles aient le dessus, et des abcès se formeront, des fistules s'ouvriront à l'extérieur, le testicule sera pris après l'épididyme, et d'autres organes pourront être envahis à leur tour.

Si au contraire les microbes ont le dessous, la tuberculose du testicule guérira spontanément et on retrouvera les diverses formes de tubercules guéris comme dans les autres organes.

On comprend donc que tous les procédés donnent des succès, et que l'on observe même des cas de guérison spontanée en dehors de toute intervention. Ces guérisons s'observent surtout quand la tuberculose est aux premiers stades de son évolution.

Mais d'autre part, si le bacille de Koch évolue sur un organisme prédisposé à la tuberculose, quelle que soit l'intervention à laquelle on ait recours, le résultat sera forcément défavorable. Ce qu'il faudrait modifier, c'est le terrain, car le germe est partout, il ne demande qu'à se développer. L'individu restera donc tout aussi tuberculisable qu'avant l'opération, quand bien même on le débarrasserait momentanément de tout germe tuberculeux.

Mais la pathogénie de la tuberculose génitale nous apprend, que toute intervention sur les organes génitaux externes sera forcément partielle. Il restera toujours des

foyers tuberculeux au niveau des organes génitaux internes.

Le chirurgien doit donc se proposer, tout en débarrassant le malade des lésions qui lui sont le plus préjudiciables, en lui procurant ainsi une guérison relative, et en le mettant dans les meilleures conditions pour lutter contre sa tuberculose, de respecter chez lui le plus d'organes utiles.

Que parfois la castration s'impose comme ressource ultime, lorsque le testicule n'est plus qu'un clapier purulent, lorsque de nombreuses fistules siègent sur le scrotum, personne ne le conteste. Le malade n'a qu'à gagner à cette opération. Mais que peut-on espérer de la castration précoce ?

Peut-on promettre au malade une guérison complète, s'il se laisse débarrasser de ce foyer morbide.

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler, ici, ce que disait de la castration hâtive le professeur Guyon en 1891, dans une clinique publiée dans les annales des maladies des organes génito-urinaires.

« L'étude des faits relatifs à la tuberculose génitale ne nous permet pas de semblables promesses ; l'étude de la tuberculose chirurgicale ne les rend pas plus légitimes. Un foyer tuberculeux n'est pas toujours, tant s'en faut, une cause d'infection ; l'observation l'a de tout temps démontré, et jusqu'à présent, la preuve de la puissance préservatrice de sa suppression est encore à faire ».

Et plus loin il ajoute :

« S'ensuit-il que ce soit simplement à la suppression du foyer que soit due la préservation ? Peut-on assimiler

comme on a tenté si vainement de le faire, le rôle de la chirurgie dans le cancer et dans la tuberculose ? Si personne ne peut méconnaître l'avantage de l'intervention la plus précoce, la plus hâtive, la plus complète dans le cancer, y a-t-il eu, dans la débauche d'opérations préventives auxquelles se sont livrés ceux qui se sont laissés guider par cette conception fausse, une observation qui permette de prouver, d'une façon positive, que par le fait d'une intervention de cette nature, un tuberculeux ait été mis à l'abri de la tuberculose ? Je crois être dans la vérité en disant que si la chirurgie rend d'importants services aux tuberculeux, rien encore n'autorise à croire qu'elle ait une action sur la tuberculose. Elle a dans certaines conditions la possibilité d'aider l'organisme à se défendre, et c'est dans la recherche attentive de ces conditions qu'elle trouvera l'indication d'une intervention vraiment légitime. »

On ne saurait imposer aux malades une opération qui présente des disproportions si grandes avec les lésions dont ils sont porteurs.

On comprend parfaitement l'abstention de la plupart des chirurgiens à cette période. En surveillant le malade, si les lésions augmentent, on sera toujours à temps de recourir à une intervention sanglante.

Mais si on croit une intervention utile à cette période, il vaut mieux avoir recours à l'épididymectomie soit partielle, soit totale qu'à la castration. En effet, au début de l'affection, le testicule est généralement sain, et nous verrons plus loin quels sont les avantages attachés à sa conservation.

Envisageons maintenant les malades arrivés à la seconde période de l'évolution de la tuberculose de l'appareil testiculaire. On observe alors soit des tubercules ramollis, caséifiés, soit des fistules ; les lésions ne sauraient guérir spontanément. Ici les conditions sont bien différentes. Une opération s'impose.

Si on n'intervient pas, il en résultera des suppurations la plupart du temps interminables qui affaibliront le malade et lui rendront la vie insupportable à lui-même et à son entourage. Ajoutons que l'on se trouve ordinairement en présence d'un homme jeune, dans toute la force de l'âge, chez lequel les préoccupations causées par la maladie auront le plus triste effet.

L'intervention décidée, quelle opération va-t-on faire ?

On peut ouvrir et gratter les foyers ramollis; gratter et cautériser les fistules.

On peut enlever l'épididyme tout en respectant le testicule: c'est l'épididymectomie.

On peut enfin enlever l'épididyme et le testicule : C'est la castration.

L'ouverture, le grattage et la cautérisation des foyers suppurés ont donné de beaux résultats. Mais souvent la plaie est longue à se fermer ; il persiste parfois une fistule. De plus il est bien difficile de modifier, de gratter complètement l'épididyme qui est souvent pris dans toute son étendue.

Nous avons vu que l'épididyme est le lieu où les lésions tuberculeuses se développent avec la plus grande intensité ; il persistera souvent, à son niveau, un foyer qui entretiendra la suppuration, et rendra l'intervention pour ainsi

dire inutile. Il semble que l'ablation du foyer suppuré soit préférable.

Pour atteindre ce but, deux procédés :

La castration.

L'épididymectomie.

Et d'abord la castration.

Deux cas peuvent se présenter.

Dans un premier cas, les lésions sont unilatérales.

Dans un deuxième elles sont bilatérales.

Dans le premier cas, le malade se décidera assez difficilement à la perte de son testicule. S'il donne son acquiescement à cette intervention, ce ne sera qu'en échange de la promesse d'une guérison radicale. Mais nous savons combien les récidives sont fréquentes dans l'autre épididyme à la suite de cette opération.

Quand ces lésions apparaîtront, il faudra, pour être logique, faire la castration du côté opposé. Il est bien probable qu'alors le malade ne voudra plus se soumettre à une nouvelle opération, sur les résultats de laquelle il est déjà désillusionné.

Ce refus du malade à toute intervention de ce genre se rencontrera plus fréquemment encore, quand les lésions seront bilatérales.

Le testicule a, en effet, un grand poids sur le moral de l'individu. Les anciens l'avaient bien vu, Malgaigne parlait d'un « testicule moral. » « Beaucoup d'amputés du testicule, dit Dupuytren dans ses cliniques, se suicident ; d'autres meurent de chagrin. »

Fualds (*Brit. Med. Journal*, 4 mai 1895) a vu surve-

nir, chez trois de ses castrés. des troubles mentaux graves.

Pilcher a signalé des accidents analogues.

La conservation d'un testicule ne suffit pas toujours à préserver le malade de ces troubles.

Pujol rapporte l'histoire de deux malades opérés dans le service de Villeneuve, chez lesquels il était survenu, à la suite de la castration unilatérale, des troubles psychiques intenses. L'un d'eux a essayé de se suicider.

Tous les auteurs ont cité des cas où la castration est suivie de lypémanie, d'hypochondrie; beaucoup de castrés, qui étaient auparavant des gens actifs, perdent à la suite de l'opération tout goût au travail, quelques-uns sont incapables de diriger leurs affaires; ils s'adonnent aux plaisirs de la table; ils deviennent pervers, menteurs. Le castré est souvent un déséquilibré.

C'est pour obvier à ces inconvénients, c'est pour conserver ce rôle moral du testicule, que dans ces dernières années, un certain nombre de chirurgiens ont fait de la prothèse testiculaire.

Tuffier, en 1892, fut le premier qui recourut à ce traitement. Il fut suivi dans cette voie par Humbert en 1893 et par de nombreux chirurgiens américains : Robert Weir, Guitaras, Hartley, Hermance. Le professeur Demons de Bordeaux et le Dr Loumeau ont fait eux aussi de la prothèse testiculaire. Leurs observations sont consignées dans la thèse de Salles (Bordeaux, thèse 1896).

Guelliot, Carlier en rapportent des observations.

Plusieurs substances ont été employées dans la confection de ces pseudo-testicules. On a employé l'argent,

le celluloïd, l'ivoire, le marbre, le verre ; enfin le Dr Loumeau a fait construire de petits œufs en soie, souples et élastiques.

Souvent cette opération a été faite à la demande des malades, plus souvent à leur insu, et tous les auteurs qui ont eu recours à ce procédé, en louent les avantages.

Cependant il y a une grande différence entre ces pseudo-testicules, qui n'ont qu'un rôle purement moral, et les vrais testicules même réduits à un moignon, qui en dehors de ce rôle moral possèdent une véritable sécrétion interne.

L'expérience a appris et les faits ont démontré, qu'indépendamment de la spermatogenèse, le testicule a une action certaine, bien que mal déterminée encore, sur l'économie tout entière. A ce point de vue, il peut et il doit être comparé au corps thyroïde.

« Le testicule qu'on laisse, dit M. Quénu, n'a pas seulement une valeur morale ; il n'est pas déraisonnable d'admettre, que, bien que privé de ses voies d'excrétion, il continue à exercer sur le système nerveux une influence considérable ».

La sécrétion interne du testicule augmenterait considérablement la puissance d'action des centres nerveux, et cela expliquerait les bons effets produits par les injections de suc testiculaire de Brown-Séquard, dans les maladies où dominant la débilité et l'asthénie. La tuberculose étant une de ces maladies, par le terrain sur lequel évolue le bacille, la sécrétion interne du testicule ne pourrait-elle pas avoir une heureuse influence sur ce terrain ? Ne pourrait-elle pas augmenter la force des cellules de

l'organisme, et les aider dans leur lutte contre le bacille envahisseur.

Un certain nombre d'auteurs ont essayé de traiter la tuberculose par les injections de suc testiculaire. Si cette méthode est aujourd'hui bien délaissée, si elle n'a pas donné tout ce que ses promoteurs en attendaient, on peut cependant citer certains faits soit expérimentaux soit cliniques qui tendraient à prouver son heureuse influence sur le développement et la marche de la tuberculose.

MM. Claudius Nourry et Michel firent, le 11 juin 1892, une communication à la Société de Biologie, sur l'immunisation contre la tuberculose par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire.

Leurs expériences portaient sur deux chiens.

« Le 10 juillet 1891, disent-ils, nous avons commencé sur deux chiennes des injections de liquide testiculaire à la dose de 5 centigrammes, portée le lendemain à 10 centigrammes et les jours suivants jusqu'au 19 juillet inclus à 15 centigrammes.

« Le 9 août suivant nous avons prélevé un morceau de poumon d'une vache atteinte de tuberculose généralisée au dernier degré, et le 10 au matin ayant réuni deux chiens témoins, nous avons inoculé à l'aide de la seringue aux 4 chiens une quantité d'un centimètre cube de virus actif recueilli la veille.

Le 14 août, le dos de chaque chien présentait un œdème dont il est sorti du pus à la pression. Cet œdème était juste au point d'inoculation. Les deux témoins étaient plus tristes que de coutume, les deux autres au contraire ne présentaient aucun trouble.

Le 20 la tristesse des chiens témoins s'augmentait d'inappétence. Les autres avaient toutes les apparences de la santé.

Le 4 septembre l'un des chiens témoins mourait, présentant les lésions caractéristiques de la tuberculisation par inoculation. On le pesa. Son poids qui était de 11 kil. 300 à l'origine des expériences le 9 août était tombé à 6 kil. 200.

Le 10 septembre l'autre témoin mourait dans les mêmes conditions. Son poids qui était de 13 kil. 100 était tombé à 6 kil. 800.

Quant aux deux chiens immunisés, ils vivent encore aujourd'hui 1^{er} juin 1892. Leurs poids qui étaient le 10 juillet 1891 de 6 kil. 500 et 7 kilos, sont maintenant de 7 kil. et 8 kil.

Ainsi les injections sous-cutanées de liquide testiculaire ont donné à deux chiens contre la tuberculose bovine une immunité absolue. »

A la même séance de la Société de Biologie, Ouspensky fit une communication sur l'action exercée par l'émulsion testiculaire sur l'évolution de la tuberculose.

Il apportait 18 cas de tuberculeux à une période avancée de la maladie, deuxième ou troisième degré, traités par les injections de suc testiculaire. En ajoutant ces cas à une première série de 18 cas qu'il avait publiés en 1890, il constatait que sur 36 cas, l'émulsion testiculaire n'était restée sans effet que 5 fois seulement. On avait alors affaire à des tuberculoses excessivement graves. Dans tous les autres cas, l'action avait été on ne peut plus favorable.

Il rappelait que le Dr Victoroff, qui avait employé ce traitement quatre fois chez les tuberculeux avait observé qu'il exerce une action très certaine sur le relèvement de la nutrition, de l'appétit, et de la force.

Il apporterait même une amélioration dans le processus local. Des faits tout à fait semblables avaient été observés par MM. Cornil, Hénocque, Dumontpallier, Variot à Paris, Lemoine à Lille.

De plus le Dr Maksimowitch observant avec le Dr Andreyeff et le Dr Kissel à l'hôpital militaire Ujasdowski de Varsovie avait obtenu sur 32 malades traités par les injections de suc testiculaire 29 fois de très bons résultats, et 3 insuccès seulement.

Le Dr Hénocque partageait la même opinion.

Sans vouloir conclure quoi que ce soit de ces observations cliniques et expérimentales, nous pensons que si les injections de suc testiculaire ont pu donner de très bons résultats entre les mains de quelques observateurs dans le traitement de la tuberculose, il n'est pas impossible que la sécrétion interne du testicule aide l'organisme à se défendre contre le bacille de Koch.

Si l'opinion émise par ces observateurs était vraie, en enlevant les testicules à un homme atteint de tuberculose génitale, on lui enlèverait en même temps un de ses moyens de défense contre cette même tuberculose.

Et nous savons qu'il persistera inévitablement des foyers tuberculeux dans son organisme.

Ce serait donc une raison de plus à invoquer contre la castration.

Tels sont les graves inconvénients que présente la cas-

tration. Nous savons d'autre part que ses résultats au point de vue de la guérison de la lésion tuberculeuse ne sont pas des plus encourageants. Elle ne peut être qu'une opération partielle ; forcément palliative. Des foyers tuberculeux resteront inévitablement dans l'organisme.

Aussi, récemment, le professeur Poncet a-t-il pu dire : « La castration doit être une ressource ultime et non point le traitement de choix de la tuberculose. »

Avantages de l'épididymectomie.

L'épididymectomie au contraire présente les avantages de la castration sans en avoir les inconvénients.

Elle conserve le testicule qui, nous venons de le voir, est d'un si grand poids sur la vie de l'individu tant par son rôle moral que par sa sécrétion interne.

Bien entendu, ce testicule sera infécond. La fonction spermatique est abolie à tout jamais ; mais il ne s'atrophiera pas, pourvu que l'opérateur ait respecté les vaisseaux et les nerfs qui s'y rendent. Il conservera sa sensibilité particulière, et le malade le croira très valide.

Et cela d'autant mieux que chez lui le sens génésique sera conservé. Parfois même ce sens augmentera, comparé à ce qu'il était quand le sujet était porteur de lésions tuberculeuses de l'épididyme. L'érection et le coït seront possibles. Il pourra même éjaculer et cela quand bien même l'épididymectomie aurait été bilatérale.

Dimitresco, dans sa thèse de 1896-97, a bien étudié cette question. Il apporte de nombreuses preuves tirées

de la tératologie, des expériences sur les animaux, de la pathologie et de la clinique, à l'appui de cette opinion.

Que sacrifie cette opération ? Elle sacrifie l'épididyme qui ordinairement est le siège des lésions les plus avancées de l'appareil testiculaire. C'est lui qui en général est l'origine du foyer purulent qui affaiblit les malades, et peut arriver à leur rendre la vie insupportable.

D'autre part l'épididyme n'est que le conduit excréteur du testicule. On ne saurait invoquer pour lui la sécrétion interne. Son rôle est d'amener à l'extérieur le sperme sécrété par le testicule. Or, son rôle est perdu définitivement car les lésions tuberculeuses se développant en un point quelconque du canal épидидymaire et amenant fatalement une obstruction de ce canal, compromettent ses fonctions d'une façon irréparable. Et quel que soit le procédé employé, il n'aboutira jamais qu'à une guérison relative, car la fonction spermatique du testicule restera perdue dans tous les cas.

L'épididyme ne pourrait donc qu'infecter le testicule, et le sujet porteur de semblables lésions ne peut retirer de la conservation de cet organe que des inconvénients.

Ajoutons à cela que le sujet donnera facilement son acquiescement à une opération qui pour lui est insignifiante. Il croira son testicule tout aussi valide qu'auparavant.

Et si les lésions récidivent dans l'épididyme du côté opposé, il se soumettra de nouveau à une opération.

Si on se trouve en présence d'un sujet porteur de lésions bilatérales, une opération conservatrice est encore

plus indiquée. On ne saurait en effet imposer au malade une castration bilatérale.

L'épididymectomie étant admise comme traitement de choix, si nous recherchons quelles sont les indications à chacun des procédés que nous avons exposés, nous voyons qu'il n'y a pas d'indication formelle, précise.

Chaque auteur applique son procédé à tous les cas, quelle que soit l'évolution des lésions tuberculeuses. S'il semble que le curettage réglé de M. Quénu, l'extirpation du foyer tuberculeux du professeur Duplay et l'épididymectomie partielle soient indiqués surtout quand les lésions sont bien limitées ; cette règle n'a rien d'absolu. Nous avons vu en effet, M. Humbert préconiser dans tous les cas l'épididymectomie totale, et dire que c'est la seule opération qui puisse débarrasser l'épididyme de tout foyer tuberculeux.

Bardenheuer, résèque toujours le canal déférent, qui contient souvent des bacilles, même quand il ne présente pas de lésions apparentes.

D'autre part, MM. Quénu, Duplay, Lejars ont obtenu de beaux résultats avec des opérations partielles, même chez des malades présentant des lésions tuberculeuses assez avancées.

Il est bien évident cependant qu'il persistait des foyers tuberculeux dans les organes génitaux externes, si l'on s'en rapporte à l'opinion de M. Humbert.

D. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ÉPIDIDYMECTOMIE.

Le nombre des observations d'épididymectomie publiées est encore restreint. Beaucoup d'opérés n'ont pas été revus. Cependant, un certain nombre d'auteurs ont relaté les résultats éloignés de cette opération, et dans sa thèse, Dimitresco rapporte un certain nombre de faits de ce genre. Nous nous contenterons de rappeler les résultats éloignés, que nous avons recueillis, en parcourant les observations publiées dans les thèses qui ont paru sur l'épididymectomie. (Chevrolle, Fays, Mac-Guffie, Dimitresco).

Sur 32 observations d'épididymectomie, soit partielle, soit totale, et de curettage réglé selon le procédé de M. Quénu, dans lesquelles les malades ont été revus, nous avons trouvé les résultats éloignés suivants :

25 fois il n'y a pas eu de récurrence locale.

Un malade a été revu 8 ans après l'opération.

1	7 ans	après	3	6 ans	après.
1	5 ans	—	5	4 ans	—
2	3 ans	—	3	1 an	—
2	6 mois	—	1	4 mois	—
2	3 mois	—	3	1 mois	—
1	après un temps indéterminé.				

Il y a eu 3 récurrences dans le second testicule.

Une fois 3 ans après l'opération.

Une fois 2 ans après —

Une fois 1 an après —

Il faut ajouter qu'un malade avait subi la castration à droite, quelque temps avant l'épididymectomie à gauche.

Il y a eu quelques récives locales.

Une déférentite 3 ans après l'épididymectomie.

Une fistule persistait 3 ans après l'opération, chez un autre malade.

Un autre malade présentait 2 ans après l'épididymectomie, un noyau sur le canal déférent.

Un opéré eut une récive locale dans la peau, presque immédiatement après l'opération.

Chez un autre malade, 3 mois après l'épididymectomie, il y avait une petite masse adhérente à la peau et au testicule.

Enfin un malade présentait deux fistules à sa sortie.

Une fois on a observé de l'atrophie testiculaire.

Une autre fois le testicule s'est nécrosé.

Ajoutons que M. Humbert déclare dans la thèse de Dimitresco, avoir fait 14 fois l'épididymectomie sans succès, si ce n'est une fois où il y eut nécrose testiculaire.

Les lésions tuberculeuses autres que celles portant sur l'appareil génital, que l'on a observées chez les malades ayant subi l'épididymectomie sont les suivantes.

Un malade a présenté 6 ans après l'opération, un abcès tuberculeux péri-néphrétique, et une carie sterno-claviculaire.

Chez un autre 5 ans après l'opération est survenue de la carie costale.

Un troisième a eu de la cystite catarrhale 4 ans après l'intervention.

Chez un quatrième 4 ans après le curettage réglé de M. Quénu est survenue une tumeur blanche du poignet.

Enfin un cinquième a présenté 1 an après le même curettage réglé une tuberculose du coude, et 6 mois après il est mort de méningite tuberculeuse.

Dans plusieurs observations on trouve mentionnée l'amélioration des lésions pulmonaires que présentait le malade au moment de l'opération. Une seule fois, dans une observation publiée dans la thèse de Degrenne, il y a eu aggravation des lésions pulmonaires à la suite de l'épididymectomie.

Que deviennent les lésions de la prostate et des vésicules séminales?

Chez un certain nombre de malades qui ont été revus, et qui présentaient des lésions appréciables des vésicules et de la prostate au moment de l'opération, on a noté que ces lésions n'avaient pas augmenté en général, et que souvent même elles s'étaient améliorées.

On pourrait peut-être rapprocher ces faits, des faits bien connus d'adénite tuberculeuse dans lesquels le ganglion présentant les lésions les plus avancées une fois enlevé, on voit les lésions régresser dans les autres.

On voit donc, que l'épididymectomie donne de bons résultats, soit au point de vue local, soit au point de vue général.

Cependant il faut bien se souvenir que ce n'est qu'une opération palliative. Il ne faut pas lui demander de débarrasser complètement le malade de sa tuberculose. Elle ne peut à elle seule lui assurer une guérison ni complète, ni définitive, et il faut instituer le traitement général.

« L'intervention, disait Nélaton dans sa thèse d'agrégation de 1883, a pour effet :

1° De débarrasser le malade d'une lésion douloureuse et gênante.

2° De lui permettre de réparer son organisme en lui enlevant une source d'affaiblissement.

Par elle la lésion locale a été guérie, mais le terrain sur lequel elle évoluait n'a pas été modifié ».

III

Observation 1 (inédite).

Double épидидymectomie pour tuberculose.

Par le D^r F. Legueu.

Au mois de septembre 1897 entrant à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Nélaton que j'avais l'honneur de remplacer, un malade porteur de deux épидидymites chroniques.

Agé de 28 ans, n'ayant eu aucune blennorrhagie, il avait vu il y a quatre mois, une tuméfaction se former sur le testicule du côté droit. Il n'y fit aucune attention, il n'en souffrait d'ailleurs aucunement. Depuis deux mois cependant une même tuméfaction est apparue du côté gauche. Malgré cela le malade a pu continuer à travailler en portant un suspensoir. Mais depuis quelques semaines il remarque que des deux côtés la tuméfac-

tion s'accroît : il éprouve quelques pesanteurs, et préoccupé il demande à entrer à l'hôpital.

A l'examen voici ce que l'on constate.

A droite et à gauche, il existe une tuméfaction à peu près identique qui porte exclusivement sur les épидидymes. Des deux côtés l'épididyme est augmenté des deux tiers de son volume, et forme une masse irrégulière et dure coiffant le bord postéro-supérieur du testicule. Des bosselures multiples et fines hérissent sa surface; la queue est un peu plus volumineuse que la tête. La lésion est un peu plus marquée à droite, mais la différence est peu sensible. La douleur à la pression est nulle.

Le testicule est souple et normal; il a conservé sa sensibilité particulière. On ne sent à sa surface ni indurations ni bosselures. A droite il y a un peu de liquide dans la vaginale. A gauche la séreuse est indemne, ou du moins ne présente aucune altération appréciable au palper.

Le canal déférent est confondu en bas avec la tuméfaction de l'épididyme dont il est impossible de le séparer. Mais au-dessus quand il s'en dégage, on le trouve à droite bosselé, déformé et induré jusqu'au dessus du testicule. A gauche au contraire, il est régulier et non déformé. Le cordon lui-même ne présente aucune altération.

Le scrotum est souple sans fistules; il n'y a même pas trace d'adhérence.

Ces indurations bosselées de l'épididyme rappelaient très exactement la tuberculose; il n'y avait rien dans l'urèthre pour les expliquer et le malade n'avait jamais eu la blennorrhagie.

La syphilis ne pouvait non plus être invoquée; le malade n'avait eu aucun accident, et on ne voyait sur son corps la

trace d'aucune manifestation susceptible d'être taxée de syphilitique.

D'ailleurs le toucher rectal révélait quelques lésions, légères il est vrai, de la prostate et des vésicules séminales. A droite en effet il y avait un petit noyau sur le bord de la prostate, et on sentait une induration limitée mais très accentuée à l'embouchure de la vésicule séminale du même côté. A gauche on ne trouvait rien d'anormal.

Le diagnostic n'était donc pas douteux: épididymite tuberculeuse double à évolution chronique, déférentite partielle, prostatite et vésiculite.

D'ailleurs le sujet avait quelques prédispositions à la tuberculose; bien qu'il n'ait eu jusqu'alors aucune maladie sérieuse et que ses poumons et ses viscères soient intacts, un de ses frères est mort de la poitrine. Du côté de ses parents il n'y a rien d'intéressant à noter.

Je me proposai de traiter cette épididymite tuberculeuse par l'ablation, malgré que la prostate fut prise: les épididymes infectés allaient constituer de nouveaux foyers qui sans doute allaient suppurer et entraîner une fistule persistante.

L'opération acceptée par le malade fut pratiquée le 14 septembre 1897 par le procédé un peu particulier que voici:

Après anesthésie et antisepsie de la région le scrotum est relevé sur l'abdomen. Une incision médiane et verticale est tracée sur le raphé postérieur du scrotum et conduit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sur la saillie du testicule droit qui bombe dans la plaie, j'incise toutes les enveloppes communes et propres, et j'arrive sur le testicule lui-même que j'énuclée à l'extérieur.

L'épididyme est reconnu et enlevé au bistouri de la tête vers

la queue, par section simple de ses connexions vasculaires et testiculaires. Le canal déférent est isolé sur toute la longueur de la portion indurée et enlevé (environ cinq centimètres). Au cours de cette excision la vaginale a été ouverte. J'excise complètement le feuillet pariétal aux ciseaux, et après ligature de quelques vaisseaux qui saignent sur le cordon, le testicule ainsi isolé, et ne tenant plus que par les vaisseaux du cordon est réintégré dans sa loge.

Revenant alors au testicule gauche, je l'aborde de la même façon à travers l'incision médiane première; et j'enlève également l'épididyme en totalité, une plus faible étendue du canal déférent (deux centimètres environ) et le feuillet pariétal de la vaginale. Hémostase et réduction du testicule.

La plaie du scrotum est suturée par un surjet continu au catgut fin.

Les suites opératoires furent simples. La plaie se réunit par première intention; il n'y eut pas de fièvre, et au bout de dix jours, le pansement était supprimé de la plaie réunie. A ce moment on sentait les deux testicules enveloppés d'une légère zone d'empâtement œdémateux.

Le malade quitte le service le 24 septembre avec un bon suspensoir. On lui recommande de prendre chaque jour de l'huile de foie de morue.

J'ai revu ce malade à la fin d'octobre. Grâce à la situation postérieure de l'incision, le scrotum a une conformation absolument normale; il est souple, mobile, sans adhérence. Des deux côtés les testicules ont un volume sensiblement identique à celui qu'ils avaient avant l'opération. Ils sont souples et mobiles. Le malade a eu des rapports sexuels, et il n'a observé de ce côté aucune différence avec son état antérieur.

Observation 2

(de M. Richelot).

in thèse Fays.

Tuberculose des deux épидидymes. Excision. Guérison.

Georges L..., charcutier, 27 ans, entré le 10 février 1896 à l'hôpital Saint-Louis. Service de M. Richelot.

Deux blennorrhagies.

Ayant remarqué par hasard, un point sensible dans le testicule gauche, il y a environ un an, il entre à Beaujon où il subit des injections interstitielles de naphtol camphré.

Il se forme un abcès au niveau du point inoculé, et le malade cesse alors tout traitement, jusqu'à ce qu'il remarque un autre abcès du côté droit.

Etat actuel. — Le sommet du poumon droit est induré.

Les vésicules séminales sont infiltrées. Dans la prostate on sent un point dur, mais non douloureux. Rien à la vessie.

Le canal déférent est gros comme une plume d'oie.

Il y a deux fistules en activité des deux côtés.

Les épидидymes sont gros comme le doigt.

Incision large comprenant de chaque côté les deux fistules et remontant en arrière, sur la partie postérieure du scrotum, parallèlement à l'épididyme.

Résection de tout l'épididymè, sauf la tête. Grattage. Chlorure de zinc. Suture au catgut des débris de l'épididyme. Tampon-

nement à plat à la gaze iodoformée. Pansement au naphthol camphré.

Réunion en six semaines, sans fistule.

Le malade a été revu environ six mois après. Les deux testicules sont petits. Ils se confondent en arrière avec une gangue fibreuse qui donne l'illusion d'une masse testiculaire.

Observation 3

(De Bardenheuer).

Epididymectomie double.

Homme de 38 ans. Grand industriel. Négociant très actif et énergique. Gymnaste zélé, très musclé. Tousse pourtant de temps en temps, sans qu'on puisse révéler quelque chose à l'auscultation. Il a eu, il y a quelques années, des douleurs dans la région lombaire gauche. Urine foncée contenant un peu d'albumine. Mais tout ceci n'a duré que quelques semaines. Il y a deux ans, il a été opéré par moi d'une carie de l'articulation sterno-claviculaire. Guérison trois mois après.

Le malade se présente deux mois après l'apparition d'une tuméfaction au niveau de l'épididyme droit. La tumeur augmente progressivement, sans douleur, dans la queue épидидymaire.

Au moment de son entrée il existe deux noyaux dans la queue et dans la tête de l'épididyme droit. Fistule au niveau

de la tête. Dans la queue de l'épididyme gauche, il y a également un noyau isolé.

Opération le 25 novembre 1880. Résection des deux épididymes en une seule séance.

Suites opératoires bonnes. Infiltration derrière le testicule et fistule guérissant au bout de six à huit semaines. Six mois après le malade constate une tuméfaction douloureuse du canal déférent qui dure pendant longtemps.

En 1885, il est opéré pour une carie tuberculeuse du sternum et des cotes adjacentes. Guérison qui se maintient.

En même temps abcès tuberculeux péri-néphrétique qui guérit à son tour à la suite d'un traitement à l'huile de foie de morue.

Le malade a été revu en 1886 et on a constaté :

1° Testicules d'aspect, de volume, et de consistance normale. Ils sont sains.

2° L'instinct sexuel est conservé sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations.

3° Inflammation du canal déférent droit à la suite de l'opération, et finalement.

4° Abcès tuberculeux péri-néphrétique.

Observation 4

De M. Humbert (in thèse Dimitresco).

(Très résumée).

Epididymectomie totale bilatérale.

Le nommé B. J... 27 ans, boulanger entre dans le service de M. le Dr Humbert à l'hôpital Ricord le 27 avril 1891 pour une épидидymite tuberculeuse du côté gauche.

Opération le 1^{er} mai 1891. Epididymectomie totale.

Un mois plus tard, un autre abcès se forme au niveau de l'épididyme droit. Deuxième opération, et l'épididyme droit est enlevé à son tour. Guérison. Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} juillet 1891.

Il a été revu plusieurs fois par M. Humbert. Il a toujours continué sa profession de boulanger. La dernière fois qu'il a été revu, au mois de janvier 1897 les testicules étaient d'apparence normale. Fonction parfaite. « Jamais, disait-il, à M. Humbert, je n'ai été si amoureux ». Cela est si vrai qu'il y a six mois il contractait la syphilis. Etat général superbe.

Aucune récidive.

Observation 5

(De M. Demoulin).

(In thèse Dimitresco. Résumée).

A. Th..., 31 ans, garçon de banque, très vigoureux se présente à M. Dumoulin, fin février 1893.

Pas de tuberculose dans la famille.

Bronchite en 1880. Guérit complètement.

En 1881, hydrocèle gauche peu volumineuse.

Ponction et guérison complète.

En 1883, blennorrhagie qui dure 10 mois.

Orchite du côté gauche.

A la fin de 1883, il persiste au niveau de la queue de l'épidi-

dyme gauche, une induration du volume d'une petite noisette, ayant tous les caractères d'une épididymite tuberculeuse.

En 1887, nouvelle blennorrhagie. Durée six semaines. Elle laisse après elle, la goutte militaire qui persiste encore en 1892. Traitée par les instillations de nitrate d'argent.

En 1893, l'épididyme gauche qui était resté jusque là stationnaire et indolent, devient douloureux, et la peau rougit à son niveau.

A l'examen on constate au niveau de la queue de l'épididyme gauche, l'existence d'un abcès du volume d'une grosse noix, fluctuant. La peau est rouge à cet endroit.

Le reste de l'épididyme présente un semis de noyaux de grosseurs différentes, allant de la dimension d'un pois à celle d'un grain de millet. Le corps du testicule paraît sain, de même que le canal déférent de la prostate.

Opération le 4 mars 1893. — Ouverture de l'abcès au thermo-cautère. Epididyme enlevé en entier au thermo-cautère. Le testicule est conservé. Excision de la vaginale malade. Plaie touchée au chlorure de zinc. Mèche de gaze iodoformée sans suture de la plaie.

Cicatrisation au bout d'un mois, mais il reste une fistule qui se ferme complètement en septembre.

A la fin de l'année 1895, le malade paraissait complètement guéri. Etat général excellent. Il suivait un traitement général. Huile de foie de morue et glycéro-phosphate de chaux pendant l'été.

En février 1895, douleur et gonflement du testicule droit. La douleur disparaît au bout de quinze jours, mais le gonflement persiste. A la fin de mars 1896 nouvelles douleurs avec rougeur

de la peau au niveau de la queue de l'épididyme, et qui durèrent une quinzaine de jours. Le gonflement persiste.

M. Demoulin revoit à ce moment le malade, et constate que la peau du scrotum est saine, non adhérente à l'épididyme, dans la queue duquel il existe un abcès du volume d'une grosse noisette. Le reste de l'épididyme est sain ; le canal déférent plus volumineux et plus dur à son origine. Il conseille l'ablation de l'épididyme.

Opération le 30 mai 1896. Epididymectomie totale au bistouri. Réunion par première intention.

Revu au mois de juillet 1896. Cicatrice souple, mobile, testicule sain ; prostate indemne. Le poids du malade a augmenté de 3 kilos.

Le 7 septembre 1896, empâtement à la partie postérieure de la bourse droite. Quinze jours après, un abcès succède à l'empâtement. Il est ouvert, et il s'écoule un pus séreux, mal lié, d'apparence tuberculeuse. On constate alors que l'abcès siégeait dans les parties superficielles des enveloppes communes des bourses, et ne communiquait ni avec la vaginale, ni avec le testicule.

Il semble qu'il s'agisse là d'un foyer tuberculeux résultant de ce que les parties molles qui étaient en contact avec la partie épидидymaire n'ont pas été enlevées ni curettées au moment de l'opération de manière à éteindre complètement le processus tuberculeux. L'abcès guérit par un simple curettage, et le malade revu vers le milieu d'octobre 1896 était complètement guéri. Le testicule gauche, pas plus que celui du côté droit n'était atrophié.

Etat général florissant. Absolument rien aux autres appareils.

Observation 6

(De M. Lejars *in* thèse Dimitresco.)

Epididymectomie partielle.

G. M..., 20 ans, boucher, entre à la Pitié, salle Michon n° 12, dans le service de M. le Dr Lejars, le 12 juin 1894 pour une épididymite tuberculeuse droite.

Rien dans les antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on note : il y a deux ans une blennorrhagie qui a duré 6 mois, et qui a été accompagnée d'une orchite double, laquelle a guéri au bout d'une dizaine de jours de séjour à l'hôpital Ricord. Depuis cette époque, le malade se considérait comme totalement guéri, car il ne souffrait plus. Le samedi 7 juin 1894 il éprouve une gêne dans la bourse droite. Les jours suivants, ce côté devient de plus en plus douloureux en même temps que la peau du scrotum devenait rouge violacée, et que le testicule augmentait de volume. Le malade se repose, prend des bains, s'applique des cataplasmes sans éprouver aucun soulagement.

Il entre alors le 12 juin 1894 dans le service de M. Lejars.

Etat à l'entrée. — La bourse droite est tuméfiée, rouge. La queue de l'épididyme est volumineuse, dure, bosselée, mais très peu sensible à la pression.

Le canal déférent paraît sain, le testicule aussi. Au toucher rectal le lobe droit de la prostate est un peu augmenté de

volume, et de consistance un peu plus ferme que celui du côté opposé. L'urèthre est sain. Pas de goutte matinale. On diagnostique épididymite tuberculeuse et l'opération est acceptée pour le 19 juin 1894.

Opération. — Anesthésie locale à la cocaïne. Cinq injections sous-dermiques avec la seringue de Pravaz d'une solution au centième. Incision des couches superficielles du scrotum et de la vaginale. Le testicule et l'épididyme étant mis à nu on procède à l'ablation par le bistouri de la queue de l'épididyme. Le canal déférent est réséqué à 3 centimètres environ de la queue de l'épididyme. Surjet de catgut pour la vaginale, et suture des couches superficielles au crin de Florence. Pansement aseptique. A la coupe l'épididyme enlevé présente de vrais tubercules dont un est ramolli.

20 juin. — Température 36°9. Rétention d'urine. Evacuation de la vessie. Jours suivants température 37.

Rétention disparue.

1^{er} juillet. — Premier pansement, suppuration au niveau des deux points de suture. Ablation des fils. Pansement à la gaze iodoformée. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri le 10 juillet 1894. Il a repris immédiatement son travail.

Nous avons été assez heureux pour retrouver l'adresse de l'opéré qui est soldat au 1^{er} régiment de zouaves à Alger.

M. le Dr Douart médecin-major de 1^{re} classe du régiment à bien voulu nous donner des renseignements exacts sur l'état actuel du jeune soldat le 31 mars 1897. « Au point de vue de la forme et de l'esthétique apparence parfaite, rien même à un examen assez détaillé ne peut faire reconnaître que cet homme a subi une opération sur le scrotum. Il faut y regarder de très près pour découvrir la cicatrice qui n'est nullement adhérente.

Les deux épидидymes sont normaux. Les deux testicules ont les mêmes dimensions et paraissent sains, leur fonctionnement est satisfaisant au dire de l'intéressé. Les deux cordons sont sains. Un léger varicocèle à gauche, l'oblige à porter un suspensoir, mais à part cela il n'éprouve aucune gêne et jouit d'une santé générale parfaite. Il fait d'ailleurs régulièrement son service, et ne s'était jamais présenté à la visite.

IV

CONCLUSIONS

1° Dans la très grande majorité des cas, la tuberculose de l'épididyme est secondaire à une tuberculose des vésicules séminales et de la prostate.

2° Toute intervention chirurgicale portant sur le testicule et l'épididyme sera nécessairement une opération partielle.

3° Les divers traitements employés ont donné des succès ;

Les opérateurs mettant les malades au traitement général de la tuberculose ;

Et d'autre part, la tuberculose ayant une tendance spontanée à la guérison.

4° A la première période de l'évolution de la tuberculose, (période des tubercules crûs), on comprend l'abstention de la plupart des chirurgiens.

On ne saurait imposer au malade la castration précoce.

Si on intervient, il faut avoir recours à une opération conservatrice.

5° A la deuxième période de l'évolution de la tuberculose, (abcès et fistules) il faut opérer.

Mais il vaut mieux encore l'épididymectomie que la castration, à cause du rôle moral du testicule, de sa sécrétion interne. (Le testicule ne s'atrophiant pas quand on respecte les vaisseaux et les nerfs).

La puissance génitale est conservée.

6° Les divers procédés d'épididymectomie ont donné de bons résultats. Il ne semble pas qu'il y ait d'indication bien précise à l'emploi de tel ou tel de ces procédés.

Quand on a affaire à une épididymite tuberculeuse double, il semble que le procédé de M. Legueu soit le procédé de choix.

7° Les résultats éloignés de l'épidymectomie sont bons, soit au point de vue local, soit au point de vue général.

Vu par le Président de la thèse

GUYON

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAYLE. — Journal de Corvisart, 1805.
- A. COOPER. — Traité des maladies du testicule, 1830.
- BÉRARD. — Des divers engorgements du testicule. Thèse d'agrégation 1843.
- CURLING. — Traité des maladies du testicule. Traduit par Gosselin en 1857.
- VERNEUIL. — Communication sur la cautérisation ignée, 1871.
Bulletin de la Société anatomique. Gazette des Hôpitaux, 1882. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, avril 1883.
- VERCHÈRE. — Thèse de Paris, 1873.
- AUBOIN. — Thèse de Paris, 1873.
- RECLUS. — Thèse de Paris, 1876.
- HUGONNET. — Thèse de Paris, 1877.
- NÉLATON. — Le tubercule dans les affections chirurgicales.
Thèse d'agrégation 1883.
- CAYLA. — Thèse de Paris, 1887.
- MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule, 1889.
- WIESSLER. — Etude sur la tuberculose primitive du testicule.
Thèse de Munich, 1889.
- LANCEREAUX. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1882.
- SCHWARTZ. — Congrès de Chirurgie, 1889.

- ROUTIER. — Congrès de Chirurgie, 1889.
- LE DENTU. — Congrès de Chirurgie, 1889.
- VERNEUIL. — Congrès de Chirurgie, 1889.
- BARDENHEUER. — Mittheilungen aus dem Kolner Burgershopital, 2. t. 3. Hfu. Koln, 1887.
- VILLENEUVE. — Tuberculose du testicule. Epididymectomie. Marseille médical, 1890 et communication à l'Association Française pour l'avancement des sciences. Marseille, 1891.
- COUDRAY. — Ibidem.
- REBOUL. — Ibidem.
- GUYON. — La castration pour le sarcocèle tuberculeux. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Paris, 1891.
- CLAUDIUS, NOURRY et MICHEL. — Immunisation contre la tuberculose par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire (Société de Biologie, 11 juin 1892).
- OUSPENSKY. — Action exercée par l'émulsion testiculaire sur l'évolution de la tuberculose. Ibidem, 11 juin 1892.
- HUTINEL et DESCHAMPS. — Archives générales de médecine, mars et avril 1891.
- DESNOS et OZENNE. — Congrès de la tuberculose, 1893.
- VILLARD. — Thèse de Lyon, 1893.
- EUVRARD. — Thèse Paris, 1894.
- ROBERT WEIR. — Celluloid testicles New-York Records, 1894.
- QUÉNU. — Société de chirurgie, 22 avril 1896.
- QUÉNU. — Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire. Gazette médicale de Paris, 16 mai 1896.
- CHEVROLLE. — Thèse Paris, 1893.
- FAYS. — Thèse Paris, 1893.
- TILLAX. — Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire, 3 juin 1893.

- TILLAX. — Traité de chirurgie clinique.
- FORGUES et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- PUJOL. — Observation d'épididymectomie pour sarcocèle tuberculeux. *Marseille médical*, 1^{er} janvier 1893.
- SALLES. — Prothèse testiculaire. Thèse Bordeaux, 1896.
- LOUMEAU. — *Journal médical Bordeaux*, 28 juin 1896.
- GUELLIOT. — Testicule artificiel. *Union médicale du Nord-Est*, Reims, 1895.
- CARLIER. — Prothèse testiculaire après castration. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896.
- DEGRENNÉ. — Thèse Paris, 1897.
- DIMITRESCO. — Thèse Paris, 1897.
- MAC-GUFFIE. — Thèse Paris, 1897.
- DUPLAY. — XII Congrès international de médecine. Moscou, 18 septembre 1897.

